

内科

临床指导

NEIKELINCHUANGZHIDAO

内科临床指导

王忠志 编译

甘肃人民出版社出版

(兰州第一新村51号)

甘肃省新华书店发行 兰州新华印刷厂印刷

开本787×1092毫米1/32 印张12.75 插页2 字数270,000

1983年4月第1版 1983年4月第1次印刷

印数: 1 — 14,000

书号: 14096·84 定价: 1.20元

前 言

《内科临床指导》是根据内科临床工作的实际需要，以《Manual of Clinical Problems in Internal Medicine》一书为基础，并吸取了国内外的有关资料编译而成的。

本书对内科病症的疑难问题，以及临床上犹豫难决和容易忽视的问题作了重点阐述，对诊断检查、治疗和临床操作的新进展或即将开展的课题也作了介绍。因此，对内科医师业务水平的提高有一定指导作用，实为一本可取的参考书。

因本人业务水平所限，书中难免有不妥或错误之处，恳请广大读者批评指正。

王忠志 1982.2.2

目 录

第一章 内科急症

心跳突停及其苏复·····	(1)
裂开性主动脉瘤·····	(4)
高血压危象·····	(8)
肺水肿·····	(11)
肺栓塞·····	(14)
感染性休克·····	(18)
咯血·····	(21)
呼吸衰竭·····	(23)
哮喘状态·····	(25)
一氧化碳中毒·····	(28)
上消化道出血·····	(31)
食道静脉曲张·····	(34)
低血糖·····	(37)
糖尿病酮酸中毒·····	(39)
高渗性高糖性非酮性昏迷·····	(41)
高钙血症·····	(43)
暴发性甲状腺机能亢进·····	(46)
粘液水肿性昏迷·····	(49)
中暑·····	(50)
颅内压增高·····	(52)
中上腹痛的鉴别诊断·····	(54)
脐区痛的鉴别诊断·····	(60)
中下腹痛的鉴别诊断·····	(64)
侧腹痛的鉴别诊断·····	(65)

第二章 心血管系统疾病

急性和慢性心包炎·····	(78)
成人的急性风湿热·····	(80)
主动脉狭窄·····	(82)
房间隔缺损·····	(85)
二尖瓣狭窄·····	(87)
(直立) 体位性低血压·····	(90)
心包渗出和心包穿刺术·····	(93)
心肌梗塞后综合征·····	(96)

第三章 结缔组织疾病

冷球蛋白血症·····	(99)
巨细胞性动脉炎·····	(101)
少年型类风湿性关节炎·····	(104)
(结节性) 多发性动脉炎·····	(108)
进行性系统性硬化·····	(111)
系统性红斑狼疮·····	(115)
Wegener氏肉芽肿病·····	(117)

第四章 内分泌和代谢性疾病

急性甲状腺炎·····	(120)
慢性甲状腺炎·····	(122)
肾上腺先天性增生过盛·····	(125)
尿崩症·····	(128)
糖尿病的并发症·····	(130)
弥漫性毒性甲状腺肿·····	(133)
内分泌性突眼·····	(136)
肾上腺皮质机能亢进症·····	(139)

高脂蛋白血症(第Ⅰ、Ⅱ型)·····	(143)
高脂蛋白血症(第Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ型)·····	(147)
肾上腺皮质机能低下·····	(150)
甲状旁腺机能低下·····	(155)
甲状腺机能减退·····	(158)
胰岛腺瘤·····	(162)
肥胖病·····	(165)
嗜铬细胞瘤·····	(168)
原发性甲状旁腺机能亢进症·····	(172)
肾性糖尿·····	(175)
甲状腺结节和甲状腺癌·····	(176)
甲状腺机能亢进·····	(179)

第五章 消化系统疾病

急性胰腺炎·····	(183)
腹水·····	(185)
慢性胰腺炎·····	(189)
肠憩室病·····	(191)
胆石性肠梗阻·····	(193)
胃切除的并发症·····	(195)
胃溃疡病·····	(198)
消化道穿孔·····	(201)
肉芽肿性肠病·····	(203)
肠息肉·····	(205)
胃肠吸收不良·····	(208)
毒性巨结肠症·····	(211)
溃疡性结肠炎·····	(213)

病毒性肝炎·····	(218)
黄疸·····	(222)

第六章 血液病

急性白血病·····	(236)
贫血和慢性病·····	(239)
贫血和肝病·····	(240)
贫血和肾病·····	(243)
再生障碍性贫血·····	(246)
慢性淋巴细胞性白血病·····	(249)
慢性骨髓性白血病·····	(251)
弥散性血管内凝血·····	(255)
叶酸缺乏·····	(257)
粒细胞减少·····	(259)
粒细胞增多·····	(263)
溶血性贫血·····	(266)
血友病及其类似疾病·····	(270)
缺铁·····	(272)
铁超负荷·····	(275)
淋巴细胞增多和淋巴细胞减少(附单 核细胞增多)·····	(278)
非血小板减少性紫癜·····	(280)
发作性夜间血红蛋白尿症·····	(283)
浆细胞性恶液质·····	(286)
红细胞增多·····	(290)
镰形细胞性贫血·····	(294)
含铁母红细胞性贫血·····	(298)

血小板减少·····	(301)
癌-继发性静脉血栓形成·····	(303)
维生素B ₁₂ 缺乏·····	(305)

第七章 传染病

无菌性脑膜炎·····	(309)
细菌性脑膜炎·····	(312)
细菌性肺炎·····	(316)
念珠菌病·····	(318)
不明原因性发烧·····	(320)
颈部淋巴腺病·····	(323)
肝阿米巴(原虫)病·····	(325)
感染性心内膜炎·····	(327)
传染性单核细胞增多症·····	(331)
李士德氏菌病·····	(333)
藻菌病·····	(336)
肺结核·····	(339)
葡萄球菌性感染·····	(341)
结核性脑膜炎·····	(343)
结核性骨髓炎·····	(345)
结核性心包炎·····	(346)
结核性腹膜炎·····	(349)
病毒性和霉浆菌性肺炎·····	(351)
伤寒·····	(353)

第八章 肾病

(肾上腺)皮质样肾瘤·····	(360)
肾病综合征·····	(361)

梗阻性肾病·····	(364)
腹膜透析·····	(366)
链球菌感染后肾小球肾炎·····	(368)
肾动脉闭塞·····	(371)

第九章 肺 病

吸入性肺炎·····	(374)
脓胸·····	(376)
纵膈肿块·····	(378)
胸水·····	(380)
原发性肺脓肿·····	(384)
肺结节·····	(385)
肺右中叶(膨胀不全)综合征·····	(387)
自发性气胸·····	(389)

第十章 其他疾病

酒精中毒的临床并发症·····	(392)
肌无力综合征·····	(395)
肌球蛋白尿·····	(397)

第一章 内科急症

心跳突停及其苏复

定义

心跳突停，是指心脏有效射血过程意外的突然停止。

原因

医院外的突然意外死亡，多半是由冠状动脉病引起的心跳突停引起的。在这些患者中，尽管大多数原来都有冠状动脉病的有关体征；但还有少数直到心跳突停前夕才出现胸痛或胸痛性质的改变；此外，又有少数患者只出现一些非特异性体征，如进行性疲乏、情绪激动和呼吸困难，这些体征只有回顾性价值，因为诊断时常常被忽视。有时，体征改善与心跳突停的关系，反倒比体征恶化与心跳突停的关系更为密切，因而，体征改善时也应注意心跳突停的发生。这种猝死，多发生于家中，其心律失常形式以心室纤维颤动最多见；在已苏复者中，发现心肌缺血（特别是前壁）现象非常普遍，和急性心肌梗塞的百分率相同。

住院患者的突然意外死亡，多半是由心脏病或呼吸功能不全（特别是Pickwick综合征——包括外观肥胖、倦睡、通气不足和红细胞增多），肺栓塞，电解质或酸碱平衡失调、或尿毒症，以及麻醉和心导管插入术引起的。其中，危险性特别大的是机械性辅助呼吸器，因为常发现患者和呼吸器都

未进行呼吸的现象。其原因，一方面在于呼吸器的换气导管容易堵塞，另一方面在于患者变换体位时容易脱离呼吸器插管。气管切开前，若不给肺内输入大量氧气，就会引起致命性心律失常。此外，带有心电图机（或其他心脏监视仪器）或由静脉植入整律器者，由于断电，也有心室纤维颤动产生的危险。有些药物，特别是降压药或升压药，也可诱发猝死。近期发现：氨茶碱不仅能引起房律紊乱及心室律失常，还能使许多无严重心脏病的患者发生心跳突停。

治疗

先把患者置于硬板床上。立即同时进行心脏按摩和人工呼吸。胸外心脏按摩，不仅是苏复中应最先施行的抢救措施，而且根据患者反应情况，用它的成败还可估计心跳突停的可能原因。这种按摩，能减慢室性心动过速，纠正Stokes-Adams病引起的心脏收缩不全，促进血液循环，但不能纠正心室纤维颤动。

心脏按摩的同时，还应注意呼吸道的通畅。为此，需将患者颈部拉长，并抬高下颌，因为这对呼吸是很重要的。早期气管切开术，也是苏复成败的重要因素，但操作必须敏捷，不能因技术生疏而失掉抢救机会。气管插管的插头堵塞时，应暂时行口对口或口对鼻式呼吸；决不能用大号针头代替插头，因为它口径太小，达不到换气的目的。此外，还必须认识到：人工呼吸和心脏按摩不可同频率地进行。

只有心脏按摩和人工呼吸奏效后，才能测其心律失常的类型和进行特异性治疗。一般认为：上述这些简单措施，若用得合理，对以后的特异治疗就会提供可靠的基础；若用得不合理，苏复就不会成功。但这两种认识也不是绝对的。

衡量苏复效果时，可参考股动脉的搏动情况和瞳孔的大小，但要排除能影响它们的药物的作用。

胸外心脏按摩时，患者的体位和手术者的姿势都必须正确。手术者若未能把自身体重正好冲压到患者胸骨上，或松手过早，都往往起不到促进循环的作用，患者体位不适当时，会引起一些并发症，如肋骨骨折和内脏撕裂。患者胸部配备有医疗器械（特别是心内整律器或心脏导管）时，还必须考虑到胸外按摩后发生心包填塞并发症的可能。

必须尽快给氧。必要时，静脉内输注重碳酸钠溶液，以对抗酸中毒和高血钾症，因为酸中毒和高血钾都能抑制心脏收缩、增高心脏应激性。但重碳酸钠不能过量，因为它能增高血浆渗透压和动脉血内二氧化碳分压。

必须插入鼻胃管，以缓解胃扩张。因为胃扩张时不仅影响呼吸，还会引起分泌物的吸入和胃粘膜的撕裂。

直接电除颤，只适用于原来心律已清楚者，而不适用于其他心跳突停者。因为在其他心跳突停者中，心肌收缩不全并不少见，而且通过胸外心脏按摩恢复血液循环动力的效果也比电除颤的更好。

心脏一旦复跳，即可在心电图监视下进行特异性治疗。

心腔内注射肾上腺素，不仅对心脏收缩性有强大的激活作用，而且对整个循环系统也有可靠的兴奋作用，但病情常常会出现反跳现象。在这方面，必须认识到：肾上腺素既不是对所有患者都适用，也不是对所有患者都不适用，故应根据各个患者的反应情况选择地应用。

影响苏复效果的因素很多，有原发病的性质、心跳突停的原因、以及苏复前低氧血症持续时间的长短，等等。有充

血性心力衰竭、呼吸衰竭、休克或昏迷者，苏复往往难以成功。苏复后出现心动过缓、房室交界性（Junctional）心律、或心室自主节律者，预后亦差。由心肌梗塞以外的其他原因引起的心室纤维颤动，苏复后，心室纤维颤动不仅复发率高，而且常常还无先兆。在这些患者中，发现许多人都有冠状动脉病，后者可通过外科手术来治疗。

苏复究竟应持续多长时间，对这个问题的认识还不统一，随各人的经验而定。但大多数人认为：两小时内，若心脏既未出现有效的自主性搏动，又未出现有效的电兴奋性搏动时，则继续苏复的价值就不大。若出现电兴奋性和心机械兴奋性脱离现象，苏复成功的可能性也不大，因为心电图提示心肌有电活性，而心动图却提示心肌无收缩活动的这种心电-机械活性脱离现象，是由心肌断裂、心力衰竭、心包填塞、或肺栓塞引起的。

苏复的并发症

心跳苏复成功后，紧接着就应检查引起心跳突停的原因，以及由停跳和苏复引起的并发症。后者包括气胸、吸入分泌物、肋骨骨折、骨髓性栓子引起的栓塞、内脏损伤、神经损伤、脑水肿和肾小管坏死。

裂开性主动脉瘤

裂开性主动脉瘤，是主动脉最常发生的一种急性病。可发生于任何年龄，但多发生于50~70岁之间，男性发病率高于女性。

诱因

裂开性主动脉瘤的诱因主要有：动脉粥样硬化、高血压、主动脉管壁中层的囊样坏死、巨细胞浸润性主动脉炎、Marfan氏综合征、自发性脊柱后侧凸、主动脉狭窄、Turner氏综合征、主动脉发育不全、双冠牙形主动脉瓣和妊娠。

分型

按裂开部位，可分为三型。

I型：是最常见的一型，开始于升主动脉。然后，裂口一端向心脏延伸，另一端离心性延伸，最后累及整个主动脉。其中，由主动脉外层破裂引起者常不对称。

II型：开始于升主动脉或主动脉弓，不太延伸，局限于此段，常与Warfan氏综合征有关。

III型：开始于左锁骨下动脉，然后向远端延伸。主动脉的其他分枝也可受侵，特别是那些含弹性组织丰富的动脉，如髂动脉和无名动脉。

病因

裂开性主动脉瘤的病因很多，还未完全掌握，已发现的有：Marfan氏综合征、主动脉狭窄、双冠牙瓣膜、主动脉壁中层的囊样坏死、主动脉发育不全、自发性脊柱后侧凸和妊娠。上述疾病之所以能引起裂开性主动脉瘤，可能在于患者主动脉管壁中层的结缔组织有缺陷。但另一些研究者却发现许多正常人的主动脉管壁中层也可出现类似的退行性变。另外，至今仍不清楚：在裂开性主动脉瘤患者中发现的主动脉管壁的退行性变，究竟是主动脉管壁裂开的原因还是裂开的后果。因为在已裂开的主动脉壁内，并非都能看到撕裂伤，故有人就认为主动脉壁破裂是由管壁内血肿造成的。但另一些人又提出这些患者的主动脉不可能产生形成血肿所需要的

足够压力，理由是这些患者未必都有高血压，且其主动脉搏管壁也能抵抗住高于致裂的压力。

除上述那些可能原因外，主动脉搏粥样硬化也能引起裂开性主动脉搏瘤，而且它的实际作用要比人们想象的大得多。首先，粥样硬化过程不仅能损伤主动脉搏壁的中层和内层，而且已破裂的粥样硬化斑还能为主动脉搏瘤的裂开过程打开必要的缺口。其次，粥样硬化过程能使主动脉搏壁硬化、扩张，进而引起主动脉搏压力的改变，压力改变即可引起裂开性主动脉搏瘤。最后，从管壁内撕裂性损伤的位置也可看出粥样硬化过程对裂开性主动脉搏瘤的致病作用，因为撕裂伤集中于主动脉搏管壁的硬化部位。

对裂口延伸的原因还不十分清楚，可能与主动脉搏的血液搏动、主动脉搏的解剖学特征、以及主动脉搏的板层和自身血管分布情况都有关。其次，由于主动脉搏壁内的假道形成过程往往能使裂口延伸到心包，纵膈或胸腔，故有人认为此过程也是主动脉搏瘤裂口延伸的一个次要原因。在此过程中，小血管虽还可再进入假腔，但仍防不住假腔的破裂。

临床表现

裂开性主动脉搏瘤，起病通常突然，出现胸痛或腹痛。三型的疼痛都无特异性。Ⅰ型的疼痛局限于背部，其他两型的疼痛都无明确的位置。裂开性主动脉搏瘤引起的疼痛与以下几种病的容易混淆：急性心肌梗塞、胰腺炎、消化性溃疡穿孔、主动脉搏瘤漏血、脊椎萎缩、食道破裂和急性胆囊炎。由于裂开性主动脉搏瘤的疼痛没有准确的位置和特异性，所以，处理每一例急性胸、腹痛时都不能忽视裂开性主动脉搏瘤的可能，特别是并发以下四种情况时：①一处或几处末稍脉搏消失，②

心包填塞，③血胸，④神经性体征。其神经性体征包括：突然昏迷或晕厥、偏瘫、眼外肌麻痹、声带麻痹、Horner氏综合征和癫痫样抽搐。此外，右侧或两侧脑半球也可受累，但不单纯累及左侧。其神经体征是由低血压或动脉闭塞引起的。

患者血压和脉搏情况，与主动脉瓣关闭不全的相似，即四肢血压差异大或某一末稍脉搏消失。胸锁关节处有脉搏搏动，这一点虽可协助诊断，但不常见。

心电图检查只能协助排除急性心肌梗塞，但有20%的裂开性主动脉瘤患者也可出现急性心肌梗塞样的心电图异常。

X-光胸片无诊断价值，因为由管壁裂开引起的主动脉阴影增宽与由纵膈脂肪、血肿、肿瘤或主动脉炎引起的主动脉阴影增宽，在X-光平片上无法鉴别。

由于以上原因，故对裂开性主动脉瘤进行诊断或分型时必须作主动脉造影。主动脉造影，虽有一定危险，但比延误诊断的危险小得多。

预后

裂开性主动脉瘤是一急症，若不及时抢救，就可很快危及患者生命。据报导，在未抢救的患者中，立即死亡者占3%，一天内死亡者占21%，两周内死亡者占60%，三个月内死亡者占90%。其病死率特别高的原因有：原发病未控制，神经系统严重受侵和第一型。Ⅲ型和主动脉造影图上假腔清晰者，预后较好。

治疗

因其病死率特别高，故应积极抢救，但在治疗方式上还有很大争论。对预后较好的Ⅲ型患者，究竟应采取药疗还是手术，尚无较统一的认识。对这一型患者，一般主张药疗，

即用降压药和抑制心肌收缩的药物，但药疗后患者的主动脉仍有出现囊样瘤或进行性破裂的倾向。况且，药疗也会产生一些严重危险，例如急性肾小管坏死，消化道溃疡形成，心肌梗塞，脑血管意外，体位性低血压和充血性心力衰竭。

目前认为，对下述病例必须进行手术治疗：主动脉瘤急性上行性破裂（即Ⅰ、Ⅱ型），主动脉瘤合并漏血（如心包或胸腔积血），并发主动脉瓣关闭不全，并发某一大血管闭塞，并发充血性心力衰竭，药疗后裂口仍继续延伸，以及主动脉壁假道阴影不清晰者。

只有对Ⅲ型中病情稳定者，特别是主动脉壁假腔阴影清晰者，才可考虑药疗。至于那些一直接受药疗的病情较稳定的Ⅲ型患者到后期是否还得进行手术治疗，目前仍不清楚。不过，近期资料表明：在一直接受药疗的患者中，裂口逐渐延伸者仍占有相当高的比例。

高血压危象

高血压危象，是指舒张压持续增高或突然骤增（常超过120毫米汞柱）的循环系统急症，其特征为眼、脑、肾的进行性损伤。高血压危象，在高血压患者中的发病率为1～7%，但在非高血压人群中偶尔也可发生。一般多见于40～60岁有2～10年高血压史的患者。

许多疾病和异常都可引起高血压危象。其中，最常见的有特发性高血压、慢性肾盂肾炎和肾小球肾炎。30岁以下的高血压危象多由后两种病引起。其次见于：结节性多发性动脉炎、系统性红斑狼疮、硬皮病、单侧肾动脉狭窄、血栓形